|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **E. Santé ou LBM EMETTEUR** |  | **LABORATOIRE DESTINATAIRE** |
|  |  | **Laboratoire Etablissement Français du Sang-IDF****Site** ……………………**Adresse :** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**🕿 :…………………….** **FAX : ………………………..** |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Identité du Patient** | **Unité de Soins** | **Identité du Prescripteur** | **Identité du Préleveur** |
| Nom de naissance :  | Service :  | **Nom :** | **Nom :** |
| Prénom : | UA/UH : | Qualité : | Qualité : |
| Nom marital : |  |  | N° identifiant personnel : …………………………. |
| Date de naissance : / / | **🕿** **:** | Date de la prescription :  | **Date** : / / |
| Sexe : [ ]  M [ ]  FNIP/IPP : | **FAX :** |  | **Heure :**  |

|  |
| --- |
|  **RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES** |
| **Antécédents de grossesses :** [ ]  NON [ ]  OUI**Grossesse en cours :** [ ]  NON [ ]  OUI[ ]  Nbre semaines d’aménorrhée : ……..[ ]  Date dernière injection Rhophylac : / / Dernière RAI avant injection Rhophylac : joindre le document**Pathologie :**[ ]  Greffe CSH [ ]  Myelome [ ]  Tt AC monoclonal[ ]  Drépanocytose [ ]  Hémopathie [ ]  Hémoglobinopathie[ ]  Maladie auto-immune [ ]  Exploration ictère[ ]  Exploration anémie | **SI DEMANDE URGENTE : Cocher ici 🠚** **[ ]** **ET préciser impérativement le motif de l’urgence :**[ ]  **Urgence absolue** …………………..[ ]  **Urgence relative** (< 3 heures) : ……………[ ]  **Prescription associée de PSL** : [ ]  NON [ ]  OUI[ ]  **Type intervention / date** : ……………………………..….………………………………………………………………........[ ]  **Nouveau-né : préciser l’identité de la mère**  : ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Autre pathologie** : …………………………………………[ ]  *Le patient s’oppose à l’utilisation de son échantillon sanguin*  *pour la validation de nos techniques de laboratoire* | **Antécédent de** **TRANSFUSION** **:** [ ]  NON [ ]  OUISi oui **Date de la dernière transfusion :** / / **Antécédents de RAI positive :** [ ]  NON [ ]  OUISi oui : joindre le document |

|  |
| --- |
|  **PRELEVEMENTS DE SANG VEINEUX Cocher les EXAMENS demandés :** |
| [ ]  **Détermination du groupe ABO RH1 - RH-KEL1 (+TDA si enfant < 4 mois si non fourni)**[ ]  **Dépistage d’anticorps irréguliers (RAI)**[ ]  **Identification d’anticorps irréguliers (RAI) (fournir résultat du dépistage)**[ ]  **Epreuve de compatibilité érythrocytaire****1 tube EDTA**[ ]  **Phénotype érythrocytaire étendu**[ ]  **TDA : Test direct à l’antiglobuline**[ ]  **Titrage d’anti-A et/ou d’anti-B immuns**[ ]  **Titrage d’agglutinines froides**[ ]  **Titrage d’anticorps chez la femme enceinte**[ ]  **Bilan d’un incident transfusionnel**[ ]  **Bilan d’une anémie hémolytique (1 tube EDTA + 1 tube sec)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Réservé au laboratoire** | **Demande Conforme** : [ ]  OUI [ ]  NON [ ]  Service averti par téléphoneCode NC : [ ]  Demande régularisée [ ]  DérogationSignature : | **N°Echantillon :** |